

障害者フライングディスク指導者養成講習会 受講申込書

【茨城県 12/9.10】

新規

フリガナ 氏名		男 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 才
自 宅	〒 -			
	TEL ()			
	FAX ()			
勤務先			職名	
	〒 -			
	TEL ()			
	FAX ()			
障害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <small>手話通訳はご自分で手配してください</small>			
日本障害者フライングディスク連盟公認指導者資格の有無			有 無	
日本障害者スポーツ協会公認指導者資格の有無				
なし 初級 中級 上級 スポーツコーチ				
備 考				

個人情報保護法により、記載された氏名、住所、生年月日、年齢、勤務先、勤務先住所等は、この講習会参加資料以外に使用いたしません。